



## Επείγουσα δερματολογία στην παιδική ηλικία

Γεωργία Σκαραφίγκα, Αντώνης Χλίνος, Ελίνα Ρεμουντάκη

Α' Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

## Pediatric dermatology emergencies

Georgia Skarafiga, Antonios Chlinos, Elina Remountaki

1st Department of Dermatology-Venereology, "Andreas Sygros" Hospital, School of Medicine, N.K.U.A.

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επείγουσες καταστάσεις στην Παιδοδερματολογία δύνανται να απειλήσουν άμεσα τη ζωή των παιδιών αλλά και να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Μπορούν ακόμη να επιδράσουν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους. Αντιδράσεις υπερευαισθησίας, φαρμακευτικά εξανθήματα, λοιμώξεις, δερματικές εκδηλώσεις σοβαρών συστηματικών νοσημάτων αλλά και περιστατικά παιδικής κακοποίησης με σημεία από το δέρμα χρήζουν άμεσης αναγνώρισης και ταχείας αντιμετώπισης/ διαχείρισης. Ο Δερματολόγος καλείται να διαγνώσει την επείγουσα φύση των καταστάσεων αυτών και να προβεί στα κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα προκειμένου να μετριαστεί ο αντίκτυπός τους στους νεαρούς ασθενείς.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** Παιδοδερματολογία, επείγουσα, παιδική ηλικία.

### ABSTRACT

Emergencies in Pediatric Dermatology may pose an immediate risk to childrens' life and also have long-term repercussions on their physical and mental well-being. Negative implications on the quality of life of both patients and their family members may also occur. Hypersensitivity reactions, drug reactions of the skin, infections, severe systemic diseases with dermatological manifestations and child abuse require immediate recognition and prompt intervention. Dermatologists should quickly assess the urgent nature of these conditions and take appropriate therapeutic measures in order to minimize their impact on young patients.

**KEYWORDS:** Pediatric dermatology, urgent, childhood.

Η Παιδοδερματολογία αποτελεί κλάδο της Δερματολογίας που ασχολείται με τις δερματικές παθήσεις οι οποίες εμφανίζονται κατά τη νεογνική, παιδική και εφηβική ηλικία. Οι δερματοπάθειες στα παιδιά είναι

πολύ συνηθισμένες, άλλοτε αφορούν μόνο αυτές τις ηλικίες, και άλλοτε είναι παρόμοιες με αυτές των ενηλίκων.

Στην καθημερινή κλινική πράξη ως επείγον περι-

στατικό ορίζουμε κάθε ασθενή, ο οποίος αντιμετωπίζει μία επείγουσα κατάσταση, απειλητική για τη ζωή, που απαιτεί γρήγορη εκτίμηση, άμεση παρέμβαση και διαχείριση σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Πολλές φορές τα νοσήματα του δέρματος και του υποδόριου ιστού μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές μακροχρόνιες διαταραχές, ακόμη και μετά την αποδρομή τους. Ως εκ τούτου επηρεάζεται σημαντικά όχι μόνο η σωματική, αλλά και η ψυχική υγεία των ασθενών με σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ίδιων αλλά και των οικογενειών τους. Αξιοσημείωτη δε θεωρείται και η επιβάρυνση των υγειονομικών συστημάτων υγείας παγκοσμίως σε οικονομοτεχνικό επίπεδο.

Μια από τις συχνότερες κατηγορίες νοσημάτων για τις οποίες προσέρχονται τα παιδιά στο Τμήμα Επειγόντων είναι οι **αντιδράσεις υπερευαισθησίας**.

Βάσει επιδημιολογικών μελετών, η **κνίδωση** είναι συχνή στα παιδιά και συνήθως δεν έχει γνωστή αιτία. Μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Η οξεία κνίδωση διαρκεί από λίγες ώρες ή ημέρες έως έξι εβδομάδες, ενώ ως χρόνια ορίζεται η κνίδωση που διαρκεί περισσότερο από έξι εβδομάδες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν οίδημα, πομφούς και ερυθρότητα δέρματος. Αν και η κλινική εικόνα μπορεί να είναι κατά περίπτωση ανησυχητική, συνήθως αυτό δεν αποτελεί ένδειξη σοβαρότητας του προβλήματος. Η εμφάνιση της κνίδωσης συνήθως αποδίδεται σε λοιμώξεις, εκδηλώσεις υπερευαισθησίας σε τροφή, φάρμακα ή φυσικά ερεθίσματα, αλλά μπορεί να είναι και ιδιοπαθής. Η κνίδωση είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη και υποχωρεί χωρίς θεραπεία.

Αν και λιγότερο συχνό, στην παιδική ηλικία εμφανίζεται και το **αγγειοοίδημα** με ή χωρίς πομφούς. Το αγγειοοίδημα εντοπίζεται συνήθως σε μία μόνο περιοχή όπως τα χέρια, τα πόδια και τα γεννητικά όργανα. Επηρεάζει συχνότερα το πρόσωπο στα παιδιά. Το παιδί μπορεί να έχει οίδημα γλώσσας, βλεφάρων ή χειλέων.

Σοβαρή αλλεργική εκδήλωση, συχνά απειλητική για τη ζωή, αποτελεί η **αναφυλαξία**. Εμφανίζεται στα παιδιά εξαιτίας απάντησης σε αλλεργιογόνα όπως τροφές, φάρμακα ή δήγματα εντόμων. Εάν το παιδί παρουσιάζει δύσπνοια, συριγμό ή αιμοδυναμική αστάθεια απαιτείται επείγουσα ιατρική παρέμβαση και χορήγηση αδρεναλίνης.

Αναφορικά με τις **τροφικές αλλεργίες**, νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι η πρώιμη εισαγωγή του φιστικιού περί τους πρώτους 4-6 μήνες ζωής, καθώς και η πρώιμη εισαγωγή τροφών με έντονο αλλεργικό αποτύπωμα μπορεί να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης

τροφικών αλλεργιών στο μέλλον σε βρέφη υψηλού κινδύνου.

Ως **φαρμακευτικό εξάνθημα** χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε δερματική εκδήλωση που εμφανίζεται εντός δύο έως έξι εβδομάδων από τη λήψη του υπεύθυνου φαρμάκου. Το φαρμακευτικό εξάνθημα μπορεί να εμφανιστεί με άλλοτε άλλη κλινική εικόνα με αποτέλεσμα να αποτελεί διαφοροδιαγνωστική πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Ένδειξη σοβαρού φαρμακευτικού εξανθήματος αποτελεί ο πυρετός, η συμμετοχή των βλεννογόνων, καθώς και συγκεκριμένη μορφολογία του εξανθήματος.

Συγκεκριμένα, το **σύνδρομο DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)** αποτελεί μια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένο δερματικό εξάνθημα σε συνδυασμό με προσβολή σπλαχνικού οργάνου, λεμφαδενοπάθεια, ηωσινοφιλία και άτυπη λεμφοκυττάρωση. Ξεκινάει ως κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα που μπορεί να εξελιχθεί σε γενικευμένη ερυθροδερμία. Επιπρόσθετα κλινικά ευρήματα είναι η πορφύρα, συρρέουσες διηθημένες πλάκες, φλύκταινες, απολεπιστική δερματίτιδα και βλάβες δίκην στόχου. Οι βλάβες κατανέμονται συμμετρικά στον κορμό και στα άκρα. Σχεδόν το 80% των ασθενών έχουν συμμετοχή >50% της συνολικής επιφάνειας σώματος (BSA). Ο κνησμός μπορεί να είναι ένα συνοδό σύμπτωμα. Η προσβολή του βλεννογόνου μπορεί να παρατηρηθεί σε έως και 50% των περιπτώσεων. Συνήθως εμφανίζεται στα παιδιά 2 έως 6 εβδομάδες μετά την έναρξη του φαρμάκου. Μπορεί να παρατηρηθεί και πρώιμη έναρξη μετά από 5 ημέρες, ενώ χαρακτηριστικά ο πυρετός προηγείται του δερματικού εξανθήματος. Ως εκλυτικοί παράγοντες αναγνωρίζονται συνήθως φάρμακα όπως αντιεπιληπτικά, αντιβιοτικά (τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη, μινουκυκλίνη, βανκομυκίνη), αλλά και συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα, όπως η ιβουπροφαίνη. Η αιτιολογία του συνδρόμου είναι πολυπαραγοντική. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων (περίπου 80%) μπορεί να ενοχοποιηθεί ξεκάθαρα κάποιο φάρμακο. Ωστόσο, στο υπόλοιπο 10-20%, η ισχύς της αιτιότητας του φαρμάκου είναι λιγότερο σαφής και στο 2%, δεν υπάρχει έκθεση σε φάρμακο. Ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων (περίπου το 75%) οφείλεται σε μια ομάδα φαρμάκων υψηλού κινδύνου και ουσιαστικά σχετίζεται με την αλληλεπίδραση του φαρμάκου ή των μεταβολιτών του και του γενετικού υπόβαθρου του ασθενούς. Πρόσφατες μελέτες έχουν αναδείξει τη συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου DRESS και απλοτύπων αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (HLA) και γενετικών παραλλαγών. Η επανενεργοποίηση ιών (όπως των HHV-6,

HHV-7, του ιού Epstein-Barr [EBV] και του κυτταρομεγαλοϊού [CMV]) είναι ένα γνωστό φαινόμενο που σχετίζεται με το σύνδρομο DRESS και εμφανίζεται σε έως και 75% των ασθενών. Ο HHV-6 είναι ο πιο κοινός ιός που σχετίζεται με το DRESS, με επανενεργοποίηση που αναφέρεται στο 16 έως 60% των περιπτώσεων. Θεραπευτικά είναι κρίσιμη η άμεση διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου, ενώ σπανιότερα απαιτείται η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών και ανοσοκατασταλτικών για βέλτιστα αποτελέσματα.

Το **σύνδρομο Stevens-Johnson (SJS)** και η **τοξική επιδερμική νεκρόλυση (TEN)** είναι σοβαρές δερματικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη νέκρωση και αποκόλληση της επιδερμίδας. Οι βλεννογόνοι επηρεάζονται σε περισσότερο από το 90% των ασθενών, συνήθως σε δύο ή περισσότερα διαφορετικά σημεία. Αν και ο κατάλογος των αιτιολογικών φαρμάκων είναι μακρύς, αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η πλειονότητα των περιπτώσεων οφείλονται σε μια ομάδα φαρμάκων υψηλού κινδύνου που περιλαμβάνει αλλοπουρινόλη, λαμοτριγίνη, αντιαιμοπεταλιακά, σουλφοναμίδες και αναστολείς κυκλοοξυγενάσης-2 (COX-2). Πρόκειται για μια σπάνια εκδήλωση με αποτέλεσμα τα διαθέσιμα δεδομένα να είναι πολύ φτωχά και να στηρίζονται σε μικρές σειρές ασθενών. Η βιοψία δέρματος παραμένει το “gold standard” για τη διάγνωση του SJS, ωστόσο αποτελεί μια επεμβατική και χρονοβόρα μέθοδο που ανησυχεί τους γονείς, καθώς αφορά μικρά παιδιά. Αντ’ αυτού, προτείνεται η χρήση της ταχείας δοκιμής granulysin, ως μιας μη επεμβατικής εναλλακτικής επιλογής που λειτουργεί συμπληρωματικά στη βιοψία δέρματος, με το πρόσθετο πλεονέκτημα της ταχείας διάγνωσης εντός 15 λεπτών. Στόχος είναι η ανάπτυξη βιοδεικτών στο πλάσμα και τον εκπνεόμενο αέρα, με σκοπό την πρώιμη διάγνωση και πρόγνωση των ασθενών με μη επεμβατικές μεθόδους. Τα ποσοστά θνητότητας είναι μικρότερα σε σχέση με τους ενήλικες, αλλά καταγράφεται υψηλό ποσοστό μακροχρόνιων επιπλοκών. Η συνήθης θεραπεία αφορά την διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου και υποστηρικτική θεραπεία με περιποίηση του εξανθήματος και των βλεννογόνων, πρόληψη δευτεροπαθών λοιμώξεων και στενή παρακολούθηση/υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας. Ειδικά στους παιδιατρικούς ασθενείς η θεραπευτική επιλογή είναι αμφιλεγόμενη και περιλαμβάνει συστηματικά κορτικοστεροειδή και ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης (IVIG).

Στην επείγουσα δερματολογία συγκαταλέγονται και σοβαρές λοιμώξεις, όπως το SSSS και το ερπητικό έκζεμα, ιδιαίτερα σε παιδιά μικρής ηλικίας και νεογνά.

Αναφορικά με το **SSSS (Staphylococcal Scaled Skin Syndrome-Σύνδρομο Σταφυλοκοκκικής Τοξικής Επιδερμικής Νεκρόλυσης)**, είναι μια πομφολυγώδης δερματοπάθεια που προκαλείται από σταφυλοκοκκικές επιδερμολυτικές τοξίνες και επηρεάζει κυρίως μικρά παιδιά, μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερα παιδιά ή ενήλικες. Παλαιότερα, οι όροι που χρησιμοποιούνταν για το SSSS σε νεογέννητα βρέφη ήταν Νόσος Ritter ή Pemphigus neonatorum. Όλα τα στελέχη *Staph. aureus* παράγουν τοξίνες, αλλά μόνο το 5% παράγει τις επιδερμολυτικές τοξίνες ETA και ETB. Πρόκειται για πρωτεάσες που απελευθερώνονται στο αρχικό σημείο της λοίμωξης και μεταφέρονται αιματογενώς στην κοκκώδη στιβάδα προκαλώντας την αποκόλληση της επιδερμίδας. Η πάθηση παρατηρείται συχνότερα σε νεογνά και παιδιά κάτω των 5 ετών. Στα παιδιά παρατηρείται οίδημα προσώπου, περιστοματική εφελκιδιοποίηση και διαβρώσεις σε σημεία τριβής. Τα χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα περιλαμβάνουν διάχυτο δερματικό πόνο, ερύθημα, πομφόλυγες με ορώδες περιεχόμενο που ρήγνυνται εύκολα και αποφολίδωση δέρματος με χαρακτηριστικό θετικό σημείο Nikolsky. Στα συνοδά συστηματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται ο πυρετός, η ευερεθιστότητα και η υποθρεψία. Οι ασθενείς με SSSS απαιτούν συνήθως εισαγωγή στο νοσοκομείο για ενδοφλέβια αντιβιοτική θεραπεία και υποστηρικτική φροντίδα. Συγκεκριμένα, απαιτείται άμεση έναρξη εμπειρικής αντι-σταφυλοκοκκικής αντιβίωσης (oxacillin, ή flucloxacillin) μέχρι το αποτέλεσμα της καλλιέργειας, καθώς και υποστηρικτική θεραπεία, όπως μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, διατροφική υποστήριξη και περιποίηση των βλαβών. Όταν αντιμετωπιστεί επαρκώς, η πρόγνωση είναι εξαιρετική με θνητότητα <5%, σε αντίθεση με τους ενήλικες που φτάνει το 60%. Οι περισσότεροι ασθενείς αναρρώνουν πλήρως μέσα σε δύο έως τρεις εβδομάδες χωρίς σημαντικές ουλές, παραμόρφωση ή άλλες επιπλοκές.

Το **Ερπητικό Έκζεμα (Eczema Herpeticum)** είναι μια διάχυτη ιογενής λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από πυρετό και συρρέουσες κνησμώνιδες φυσαλίδες ή διαβρώσεις με χαρακτηριστική “punched-out” μορφολογία. Θεωρείται επιπλοκή της ατοπικής δερματίτιδας και οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (HSV), συνήθως HSV-1. Οι ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα είναι επιρρεπείς σε υποτροπιάζουσες βακτηριακές και ιογενείς λοιμώξεις του δέρματος, λόγω της διαταραχής του επιδερμικού φραγμού και της ανοσολογικής απορρύθμισης. Οι περιπτώσεις που οφείλονται σε επανενεργοποίηση του HSV είναι πιο συχνές από την πρωτοπαθή λοίμωξη. Οι κλινικές εκδηλώσεις εμ-

φανίζονται περίπου 5-12 ημέρες μετά την επαφή με ένα μολυσμένο άτομο, το οποίο μπορεί να έχει ή όχι ερπητικές βλάβες κλινικά εμφανείς. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι εμφανίζεται με κλινικά χαρακτηριστικά όμοια της λοίμωξης από στρεπτόκοκκο της ομάδας A. Αν και το πιο κοινό βακτηριακό αίτιο λοίμωξης μεταξύ των ασθενών με αποπική δερματίτιδα είναι ο *Staphylococcus aureus*, ο *Streptococcus pyogenes* έχει αναφερθεί ως το δεύτερο πιο κοινό βακτήριο. Έτσι λοιπόν σε υψηλή κλινική υποψία για HSV διενεργείται η δοκιμασία αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) από υγρό των φυσαλίδων για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να προσδιοριστεί ο τύπος του ιού του έρπητα με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Εάν η κλινική εικόνα είναι άτυπη, συστήνεται βιοψία δέρματος. Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επιπλοκών και να αποτραπεί η εξέλιξη της νόσου, οι ασθενείς με ερπητικό έκζεμα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αμέσως με συστηματική χορήγηση ακυκλοβίρης ή βαλακυκλοβίρης, ακόμη και επί αρνητικής PCR (η εξέταση αποβαίνει ψευδώς αρνητική σε έως και 10% των περιπτώσεων).

Η δερματολογική εξέταση ενός παιδιού μπορεί ακόμη να εντοπίσει σημεία ενδεικτικά **συστηματικού νοσήματος** με εκδηλώσεις από το δέρμα.

Η **IgA αγγειίτιδα** (παλαιότερα γνωστή ως πορφύρα Henoch-Schonlein) αποτελεί τη συχνότερη συστηματική αγγειίτιδα της παιδικής ηλικίας. Παράλληλα, η μεγάλη πλειονότητα (>90%) των περιστατικών της νόσου αφορά σε παιδιά. Η κλασική τετράδα κλινικών εκδηλώσεων περιλαμβάνει ψηλαφητή πορφύρα (χωρίς θρομβοπενία ή διαταραχή πήξης), αρθρίτιδα/αρθραλγία, κοιλιακό άλγος και νεφρική προσβολή (αιματοουρία ή/και πρωτεϊνουρία). Η ιστολογική εξέταση αναδεικνύει λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα με κυρίαρχη εναπόθεση IgA. Η νόσος είναι κατά κανόνα αυτοπεριοριζόμενη. Υποτροπή αναφέρεται στο ένα τρίτο των ασθενών, ιδιαίτερα μεταξύ αυτών με νεφρική προσβολή. Μακροχρόνιες επιπλοκές είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν επίμονη αρτηριακή υπέρταση και χρόνια νεφρική νόσο.

Η **νόσος Kawasaki** αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αγγειίτιδα της παιδικής ηλικίας με την πλειοψηφία των περιστατικών να αφορά σε παιδιά κάτω των 5 ετών. Προσβάλλονται συχνότερα τα αγόρια και τα παιδιά ασιατικής καταγωγής. Η νόσος προσβάλλει τις μεσαίου μεγέθους αρτηρίες, ιδιαίτερα τις στεφανιαίες, και αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων όπως ισχαιμίας/εμφράγματος μυοκαρδίου και αιφνιδίου θανάτου. Η οξεία φάση της νόσου είναι αυτοπεριοριζόμενη και χαρακτηρίζεται από υψηλό

πυρετό, επιπεφυκίτιδα, τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, διαβρώσεις στοματικού βλεννογόνου και χειλέων και μη ειδικό κηλιδοβλατιδώδες ή κνιδωτικό εξάνθημα. Η επίταση του εξανθήματος στη γεννητική περιοχή με συνοδό απολέπιση είναι ενδεικτική του νοσήματος. Οίδημα αναπτύσσεται στις ραχιαίες επιφάνειες χεριών και ποδών, ενώ ερύθημα παρατηρείται στις αντίστοιχες παλαμιαίες και πελματιαίες επιφάνειες. Οι αλλαγές αυτές ακολουθούνται από απολέπιση πέριξ των ονύχων και από την εμφάνιση αυλάκων του Beau στις ονυχιαίες πλάκες.

Η **ιστιοκυττάρωση Langerhans** αποτελεί σπάνια νεοπλασματική νόσο που εμφανίζεται συχνότερα στα παιδιά. Οι συνηθέστερες εντοπίσεις της νόσου είναι το δέρμα και τα οστά, αλλά μπορεί να προσβληθούν και ο μυελός των οστών, ο σπλήνας, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το κεντρικό νευρικό σύστημα και άλλα όργανα. Οι εκδηλώσεις από το δέρμα παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια και περιλαμβάνουν βλάβες βλατιδώδεις, βλατιδο-οζώδεις, φυσαλιδώδεις, φλυκταινώδεις ή πορφυρικές. Μπορεί να προσομοιάζουν σε βλάβες εκζέματος ή σε επίμονη και ανθεκτική στη θεραπεία δερματίτιδα εκ σπαργάνων. Η διάγνωση τίθεται με βάση το ιστορικό και την κλινική εξέταση σε συνδυασμό με ιστολογική εξέταση και ανοσοϊστοχημικό έλεγχο.

Οι **γενοδερματοπάθειες**, όπως οι ιχθυάσεις αποτελούν μια ετερογενή ομάδα κατά κανόνα σπάνιων, κληρονομούμενων διαταραχών με εκδηλώσεις από το δέρμα. Συχνά συνυπάρχει συμμετοχή και άλλων οργάνων.

Στην αίθουσα τοκετού, επείγον πρόβλημα αποτελεί η παρουσία μεμβράνης κολλοδίου, μιας ημιδιαφανούς μεμβράνης που περιβάλλει το νεογνό κατά τη γέννηση. Αποτελεί φαινότυπο σχετιζόμενο συχνότερα με τη **φυλλώδη ιχθύαση** και τη **συγγενή ιχθυασιοειδή ερυθροδερμία**. Συνοδεύεται από εκτρόπιο, εκλάμπιο (με αποτέλεσμα τη δυσχέρεια ίστισης) και γενικευμένη ερυθροδερμία. Αναπνευστικά προβλήματα (πνευμονία από εισρόφηση) μπορεί να προκύψουν λόγω της περίσφιξης του θώρακα από τη μεμβράνη κολλοδίου και της εξ αυτής δυσχερούς έκπτυξης των πνευμόνων. Συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή του επιδερμικού φραγμού με αποτέλεσμα σημαντική διαδερμική απώλεια ύδατος, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές θερμορρύθμισης και αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων. Τα νεογνά μεταφέρονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας για νοσηλεία σε κατάλληλες συνθήκες θερμοκρασίας και υγρασίας. Η εφαρμογή ενυδατικών βοηθών στην αποκόλληση της μεμβράνης κολλοδίου.

Κατά τη γέννηση, η δερματολογική εξέταση μπορεί επίσης να εντοπίσει **αγγειακές βλάβες** όπως **αγ-**

**γειακούς όγκους** (π.χ. αιμαγγείωματα) ή **αγγειακές δυσπλασίες** μεμονωμένες ή σχετιζόμενες με ανωμαλίες άλλων οργάνων. Για παράδειγμα, στο **σύνδρομο PHACE** νεογνικό αιμαγγείωμα συνδέεται συχνά με δυσπλασίες του οπίσθιου κρανιακού βόθρου και αρτηριακές, καρδιακές και οφθαλμικές ανωμαλίες. Αντίστοιχα, στο **σύνδρομο Sturge-Weber**, οι χαρακτηριστικές τριχοειδικές δυσπλασίες του προσώπου συνοδεύονται συχνά από τριχοειδο-φλεβικές δυσπλασίες του οφθαλμού και του εγκεφάλου. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σε πολλές περιπτώσεις καθοριστική για τη μετέπειτα εξέλιξη των βλαβών αυτών, ενώ σε περιπτώσεις συνδρομικών μορφών κατευθύνει στην ολοκληρωμένη διαχείριση των περιστατικών.

Τέλος, όταν υπάρχουν συμβατές δερματικές βλάβες, στη διαγνωστική σκέψη θα πρέπει να περιλαμβάνεται πάντα και το ενδεχόμενο **κακοποίησης** των παιδιών. Η επισταμένη δερματολογική εξέταση είναι απαραίτητη προκειμένου τέτοιου είδους βλάβες να μη διαφεύγουν της προσοχής.

Συμπερασματικά, μια σειρά δερματολογικών νοσημάτων εγκυμονούν άμεσους κινδύνους για την σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των παιδιών. Η έγκαιρη διάγνωση είναι συνεπώς απαραίτητη προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους και να ελαχιστοποιηθεί ο αντίκτυπός τους στους μικρούς μας ασθενείς.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Castellazzi, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome in two young children: the importance of an early diagnosis. *Ital J Pediatr* 44, 93 (2018)
2. *Front. Pediatr.*, 13 March 2018 Sec. Pediatric Immunology Volume 6 – 2018
3. Liotti L, et al Clinical features, outcomes and treatment in children with drug induced Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Acta Biomed.* 2019 Jan 29;90(3-5):52-60
4. *World Journal of Pediatrics* (2018) 14:116–120
5. Shayegan, L. Et al (2019). Punched-out erosions with scalloped borders: Group A Streptococcal pustulosis. *Pediatric Dermatology*
6. Leung, Alexander KC, Benjamin Barankin, and Kin F. Leong. “Henoch-Schönlein purpura in children: an updated review.” *Current pediatric reviews* 16.4 (2020): 265-276.
7. M. Piram, J. C. Burns, Kawasaki disease for the paediatric dermatologist: skin manifestations and new insights into the pathophysiology, *Clinical and Experimental Dermatology*, Volume 46, Issue 3, 1 April 2021, Pages 503–509
8. Rotter A, et al PHACE syndrome: clinical manifestations, diagnostic criteria, and management. *An Bras Dermatol.* 2018;93(3):405-411
9. Pau-Charles I et al Skin signs in child abuse. *Actas Dermosifiliogr.* 2012 Mar;103(2):94-9
10. Kress, DW. *Pediatric Dermatology Emergencies.* *Curr Opin Pediatr.* 2011;23:403–406

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

**Γεωργία Σκαραφίγκα**

email: giouliskarafigka@gmail.com